CANDIDATURE

A UNE PLACE VACANTE

A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

(Section de Pathologie médicale).

36

EXPOSÉ

DES TITRES SCIENTIFIQUES

DU Dr **ROGER** (HENRI)

I. — CONCOURS, SERVICES ET NOMINATIONS DANS LES HÔPITAUX CIVILS ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

1° HÔPITAUX CIVILS. — 1833, nomination à l'*Internat*, dans la première série. — 1836, *Médaille d'or* des hôpitaux. — Six années d'internat dans le service de MM. Richerand et Jobert, Récamier, Rayer, Guersant.

1839, *Thèse* de doctorat sur l'*Auscultation*.

Concours de 1840, nomination au *Bureau central* des hôpitaux. — 1846, nomination à la *Direction des nourrices*; — 1851, à l'hospice des *Enfants assistés*; — 1853, à l'hôpital des *Enfants malades*.

Secrétaire particulier de la *Société médicale des hôpitaux* de Paris, de 1850 à 1852.

Élu *Secrétaire général* en 1852, et réélu chaque année depuis dix ans.

2° FACULTÉ DE MÉDECINE. — Nomination à la place d'*Agrégé* au concours de 1847; Prorogation pour trois années en 1856; — Cours de Pathologie interne en remplacement de M. Duméril dans les deux années 1852 et 1854.

Thèses d'agrégation : Du *Contro-stimulisme*; — Des *Éruptions cutanées dans les fièvres*.

II. — Travaux scientifiques.

A. — Traductions et Analyses.

1° Traduction de l'ouvrage d'Annesley sur le Choléra indien.

Le *Journal complémentaire des Sciences médicales* insérait la traduction de ce remarquable ouvrage du médecin anglais au moment de la première invasion, à Paris, du choléra asiatique, en 1832, alors que ce fléau inconnu surprenait les médecins dépourvus d'expérience personnelle et de moyens thérapeutiques.

2° *Membre du Comité de rédaction* de la *Société anatomique*, pendant les années 1837 et 1838.

3° De 1837 à 1844, chargé de l'analyse critique des *Journaux de médecine anglais* pour les *Archives*.

Pendant cette longue période, j'ai tâché de ne laisser passer aucun des faits importants consignés dans ces publications et de contribuer par cet apport des travailleurs anglais à l'augmentation du trésor commun des connaissances médicales.

4° Comme *Secrétaire particulier* de la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, j'ai rédigé pendant trois années les comptes-rendus des séances; comme *Secrétaire général*, j'ai été chargé, depuis 1852, de la correspondance de la Société; j'ai fait partie de la plupart des Commissions.

B. — Travaux originaux.

Pathologie générale.

1° Traité pratique d'Auscultation, suivi d'un Précis de Percussion. — 736 pages.

Cet ouvrage, publié en collaboration avec M. Barth, est à la 5e édition. Il a été adopté par le Conseil de l'Instruction publique pour les Facultés et Écoles préparatoires de médecine. — Traduit en anglais, en allemand, en italien.

2° De la température chez les enfants a l'état physiologique et pathologique (*Archiv. gén. de médecine*, 1844-45; in-8°, 190 pages). — Mémoire *mentionné honorablement* par l'Institut.

La chaleur animale dans l'état pathologique avait été étudiée chez les adultes par

MM. Bouillaud, Donné, Piorry et Andral ; avant nos recherches, aucun travail du même genre n'avait été tenté pour la pathologie de l'enfance.

Les résultats auxquels nous sommes arrivé sont fondés sur près de 900 expériences et concernent presque toutes les maladies de l'enfance.

Principaux faits qui ressortent de cette étude d'ensemble :

La température moyenne normale des nouveau-nés est de 37° cent. 08 (33 sujets de 1 à 7 jours); celle des enfants est de 37° 21 (25 sujets âgés de 4 mois à 14 ans). — 36° et 38° sont les limites physiologiques inférieure et supérieure.

Le chiffre thermométrique fourni par le creux axillaire représente à très peu de chose près lo température des viscères intérieurs.

Toutes les maladies fébriles, phlegmasies, pyrexies, etc., sont caractérisées par une augmentation générale de la caloricité.

Il n'y a, chez les adultes, qu'une seule maladie, le choléra, et chez les enfants, que deux affections, le choléra et le scléréme, qui soient caractérisées par une diminution de la chaleur générale.

Lo températoure des enfants malades oscille entre des extrêmes très éloignés, entre 42° 50, chiffre maximum que nous avons obtenu dans une méningite, et 22°, minimum dans l'œdème olgide, la différence entre les maxima et les minima étant d'au moins 20°, c'est-à-dire bien supérieure oux extrêmes constatés chez l'adulte. — Une élévation de 5° au-dessus de la moyenne normale semble être le maximum que l'enfant soit copable de supporter, de même que la vie ne paraît plus compatible avec un abaissement du thermomètre qui dépasse 5 degrés, bien que la température puisse, avant que la mort survienne, baisser plus qu'elle ne s'élève.

Le phénoméne fondamental de la fièvre est une altération de la caloricité. — Les maladies où la température est le plus exaltée, sont la fièvre typhoïde, la pneumonie, la scarlatine. — Dans toutes, une seule exceptée, l'ougmentation de la chaleur coïncide avec une accélération proportionnée du pouls. — La fièvre typhoïde, affection dans laquelle l'accroissement de la chaleur morbide est le plus continu, est aussi la seule affection de l'enfance dans laquelle une forte chaleur peut, dans certains cas, coïncider avec une accélération du pouls modérée, circonstance quelquefois importante pour la séméiotique. En outre, la continuité de l'accroissement de chaleur dans la fièvre typhoïde et la variabilité de cette même températoure dans la méningite tuberculeuse servent puissamment au diagnostic de ces deux affections.

Le mémoire se termine par une étude des maladies où la température, locale ou générale, est abaissée (gangréne, poralysie, choléra, scléréme); cette dernière affection est présentée sous un nouveau jour (œdème algide).

Pathologie spéciale.

3° Recherches expérimentales sur l'abaissement de la température du corps dans le choléra. (1er Fascicule des actes de la Société médicale, p. 19 à 37.)

Les observations faites antérieurement à ces recherches sur l'abaissement de la

chaleur animale dans le choléra, par MM. Casper, de Berlin, et Czermack, de Vienne, Magendie, etc., sont peu nombreuses (les expériences de Magendie ne sont qu'au nombre de 12). — Ayant précédé l'important travail de M. Briquet (voy. *Traité du Choléra*) et suivi les observations de M. Monneret, nos expériences portent sur 22 faits; et nous avons étudié la réfrigération morbide, le thermomètre à la main, dans ses différentes phases, sa durée et ses rapports avec les autres symptômes.

Dans la période algide du choléra, le thermomètre constate et précise l'altération de la caloricité. — Cette diminution de la chaleur, très marquée dans la bouche et aux extrémités, l'est moins dans le creux axillaire: sur 22 malades (50 expériences), le thermomètre n'a baissé qu'une fois à 34° c., et de même, une fois seulement le minimum a été 31° (dans la bouche, le minimum a été de 24°).

L'appréciation thermométrique est un des éléments importants de la prognose: un abaissement de chaleur de 2 ou 3 degrés seulement, dans la région axillaire, suffit pour faire craindre une terminaison rapidement mortelle.

Rapprochement entre le choléra et le sclérème des nouveau-nés, seules maladies entre toutes, qui soient caractérisées par un abaissement considérable et permanent de la chaleur animale.

4° Rapport sur un Mémoire de M. Hubbenet, *intitulé* Recherches sur l'épidémie de Choléra observée en 1848 a l'hôpital militaire de Kiew (*Russie*). (*Bull. de la Soc. médic. des Hôpitaux*, 2e série, n° 1, p. 184.)

Travail purement analytique où sont exposés les principaux résultats observés par M. Hubbenet (faits de contagion du choléra, etc.).

5° De la Fièvre typhoïde chez les enfants. (*Arch. gén. de méd.*— Année 1840. — 3e série.— Vol. VIII, p. 292.)

Ce travail qui est un des premiers publiés sur la fièvre typhoïde dans le jeune âge, est fondé sur 44 cas auxquels j'ai ajouté les faits plus nombreux encore de MM. Taupin et Rilliet. En réunissant et comparant ces faits dont le total est de 226, j'ai cherché à mettre en relief les analogies que la fièvre typhoïde des adultes présente avec celle des enfants, et surtout les différences qui distinguent cette fièvre aux divers âges de la vie.

6° Sur l'Inoculabilité et la Contagion de la Diphthérite; sur la durée de la période d'incubation dans l'angine couenneuse. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, t. IV, p. 368.)

Sans nier la possibilité d'inoculation de la diphthérite, j'essaie de montrer que les faits allégués par les auteurs en faveur de l'inoculabilité ne sont point suffisamment probants, et j'expose quelques expériences négatives. J'examine l'inutilité et

même les dangers de l'inoculation dans le cas où on la proposerait comme moyen préservatif des affections diphthéritiques.

En même temps, je cherche à prouver la propriété contagieuse de la diphthérite par le résumé de 36 observations : — La contagion s'exerce d'autant plus que les rapports avec les premiers sujets infectés sont le plus fréquents et le plus immédiats; en général, les personnes atteintes le furent dans l'ordre suivant : les mères, les frères ou sœurs, les pères, les bonnes des enfants malades.

Au moyen de ces 36 observations, je recherche quelle est la durée de la période d'incubation dans l'angine couenneuse et le croup, et j'assigne comme limites extrêmes 2 et 17 jours, la durée approximative, de beaucoup la plus ordinaire ayant été de 2 à 7 jours (durée moyenne d'incubation sensiblement la même que celle de la plupart des maladies contagieuses fébriles, 2 à 9 jours).

La détermination précise de la durée de l'incubation dans les affections diphthéritiques, détermination que personne avant nous n'a cherché à établir, est loin d'être indifférente au point de vue du pronostic et du traitement préventif : dans une famille où sévirait la diphthérite, la durée de l'isolement devrait être plus ou moins prolongée suivant la durée connue de l'incubation, et, au bout d'une certaine limite, toute crainte de contagion cesserait.

7° De la paralysie consécutive a la diphthérite ; Rapport sur un mémoire de M. le Dr Maingault. — (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux* ; t. IV, p. 341.)

Analyse du travail original de M. Maingault et confirmation, par la clinique, des faits nouveaux qu'il a établis dans une intéressante monographie.

8° Recherches cliniques sur la paralysie consécutive a la diphthérite (*Arch. génér. de méd.* 1862, janvier, février et avril.)

Dans la première partie de ce mémoire, on précise par des chiffres le degré de fréquence de la paralysie dans la diphthérite, fréquence pour l'appréciation de laquelle manquaient des données positives. D'après un total de 210 observations d'affections diphthéritiques, le rapport de la paralysie est fixé au quart environ. — En raison de la rareté des paralysies secondaires dans les phlegmasies et dans les fièvres autres que la dothiénenterie, il est légitime de faire de cette dernière paralysie une espèce nouvelle ; il importe au diagnostic et au traitement de ne pas confondre toutes les paralysies secondaires dans un même groupe où irait se perdre la paralysie diphthéritique.

Dans un second chapitre, la paralysie consécutive à la diphthérite est étudiée cliniquement, en elle-même, et quelques traits nouveaux sont ajoutés à la description qui en a été tracée récemment, par M. Maingault en particulier.

9° Du sclérème chez les enfants. — (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux* ; t. II, p. 525).

Il a été donné à quelques observateurs de rencontrer par exception, dans l'âge adulte

*

ou dans l'enfance, des cas d'induration du tissu cellulaire, mais sans l'ensemble des phénomènes si graves qui caractérisent cette induration chez les nouveau-nés.

Le scléréme n'a presque jamais été vu sur les sujets de la 2e enfance. MM. Rilliet et Barthez n'en citent que deux cas, et c'est M. le Dr Pélissier qui les avait montrés tous les deux à M. Rilliet; un troisième a été communiqué à la Société des hôpitaux en 1854, par Gillette; un quatrième, qui se termina par la guérison, est rapporté dans notre mémoire avec comparaison des faits antérieurement publiés et considérations pratiques sur la nature rhumatismale de l'affection, sur son pronostic généralement peu grave (contrairement à la prognose du sclérème des nouveau-nés), et sur le traitement par les bains de vapeur et le massage.

Affections cérébro-spinales.

10° Recherches cliniques sur l'auscultation de la tête (inséré dans les *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, t. XXIV, 1860, après un rapport de M. de Kergaradec ; — Mention honorable de l'Académie des sciences, Prix Montyon 1861.)

En 1838, Fisher, de Boston, annonça que « l'auscultation pouvait être aussi utile à la séméiotique des affections du cerveau qu'à celles de la poitrine. » La découverte du docteur américain fut contestée en Europe par presque tous les observateurs qui en niérent l'importance et même la réalité. Mais pour justifier cette condamnation, des preuves nombreuses et positives faisaient défaut : j'ai tâché de les donner en recueillant près de 300 observations.

Après l'énoncé des *règles* de l'auscultation cérébrale, vient la description des *bruits à l'état physiologique* et à *l'état pathologique*.

J'établis, contrairement à MM. Fisher et Whitney, que l'auscultation du cerveau n'est applicable que chez les très jeunes sujets, la perception des souffles céphaliques n'étant plus possible dès que les fontanelles sont fermées. — Elle ne révèle qu'un seul bruit, le *souffle céphalique;* il n'y a ni souffle dans la coqueluche ou dans la dentition (à moins d'anémie concomitante), ni ægophonie cérébrale, ni battements particuliers à l'apoplexie, ni aucun autre bruit intérieur. — Absent dans la méningite, les convulsions, etc., le souffle céphalique ne se montre que chez quelques enfants atteints d'hydrocéphalie chronique, et pas assez constamment pour être transformé en signe des épanchements du cerveau.

L'auscultation de la tête peut servir au diagnostic des altérations du sang, confirmant, pour les jeunes sujets, les lois de relation que MM. Bouillaud et Andral ont trouvées pour les adultes, entre les bruits vasculaires et les altérations du liquide sanguin.

« Si mes recherches sur l'auscultation cérébrale ont abouti à une négation presque complète des résultats allégués par les docteurs américains, du moins dans cette poursuite de la vérité, ai-je rencontré sur mon chemin quelques faits que je crois nouveaux et d'un certain intérêt pratique ; ces faits sont : — l'existence d'un souffle céphalique

dans la chloro-anémie du premier âge, souffle très fréquent, tandis qu'il est tout à fait exceptionnel dans les affections de l'encéphale ; — la nature de ce souffle, qui est, dans tous les cas, un bruit lié à une altération du sang, un bruit inorganique et non pas organique ; — la fréquence de la chloro-anémie dans la première année de la vie et à l'époque de la dentition ; — la fréquence également méconnue de l'anémie dans la coqueluche ; — la possibilité de reconnaitre de très bonne heure, par l'auscultation du crâne, l'altération du liquide sanguin, et conséquemment de la combattre vite, ce qui est important dans le très jeune âge, où toute cause de débilitation de l'économie peut aboutir (surtout s'il y a prédisposition) à une tuberculisation générale ; — la fréquence, sinon la constance, du souffle céphalique ainsi que des bruits carotidiens dans le rachitisme ; la démonstration par le souffle et par ses caractères, de la nature du rachitisme, qui doit être considéré, moins comme un mal localisé au système osseux, que comme une altération du sang, une maladie affectant tout l'organisme ; — la constatation, au moyen de chiffres précis, de l'époque où les fontanelles commencent à se fermer (10 mois) et de celle où l'occlusion doit être complète (2 à 3 ans). »

11° Observation d'hémorrhagie rachidienne. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 2e semestre p. 659.)

12° Observation de chorée chez une femme de quatre-vingt-trois ans (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 2e série, p. 395.)

Cette observation de chorée essentielle, terminée par la guérison, est curieuse par son excessive rareté, puisqu'on n'en trouve qu'une seule analogue dans le traité de Bouteille.

Maladies des voies respiratoires.

13° Note sur la Rhino-nécrosie ou Nécrose des cartilages de la cloison du nez. (*Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, t. IV, p. 426.)

Il s'agit de deux cas, peut-être uniques dans la science, de nécrose des cartilages de la cloison, survenue d'une manière aiguë pendant la durée d'une affection générale fébrile (diathèse rhumatismale avec endo-péricardite ; fièvre typhoïde). — Le second fait rapproche la rhino-nécrosie, de la laryngite nécrosique de la dothiénentérie.

14° Note sur la statistique de la mortalité par le croup dans la ville de Paris, et sur la valeur de la trachéotomie. (*Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, t. IV, p. 164.)

Par l'analyse de la statistique des décès à Paris, et la comparaison du chiffre des opérations de trachéotomie faites à l'hôpital des enfants, pendant une période de douze ans, on montre que l'accroissement de mortalité par le croup dans la capitale

signalé depuis nne quarantaine d'années, ne saurait être imputé à la pratique plus fréquente de la trachéotomie, et qu'il s'explique naturellement par le développement d'épidémies de dipbthérite.

15° Statistique du Croup a l'hôpital des enfants en 1859 et 1860. (*Archiv. gén. de méd.* — Février 1862.)

Nos conclusions sur les différentes formes de la dipbthérite (angine couenneuse et croup), sur l'étiologie des affections diphthéritiques (influence notable de la contagion, de la saison froide) sur le pronostic et sur le traitement médical ou chirurgical, sont déduites de 446 observations.

Les chances de guérison après la tracbéotomie, à l'bôpital des Enfants, ont été dans ces deux années, pour la généralité des cas, de 19 à 20 pour 100, terme moyen.

16° Premier exemple de Croup guéri a l'hôpital après la trachéotomie. (*Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, t. IV, p. 209.)

Cette observation a surtout un intérêt chronologique : c'est, comme on le voit par le titre, le premier fait de guérison de croup opéré à l'hôpital des enfants : il date de mon internat, en 1839, dans le service de Guersant père.

17° De la valeur séméiotique de la respiration saccadée. (Rapport sur un mémoire de M. Colin à la Société des Hôpitaux, 1861.)

Dans ce rapport, j'étudie plus particulièrement les caractères et les conditions physiques de la respiration saccadée, et j'essaie d'en mieux préciser la valeur séméiotique. — Des faits de M. Colin, ainsi que d'une masse considérable d'observations anciennes et de 33 récemment prises, je tire les conclusioos suivantes : — Quand la respiration saccadée est passagère, momentanée, elle peut appartenir à l'état physiologique, cbez les adultes, et surtout chez les enfants qui ne savent point respirer. — Elle est également passagère dans les névroses, et principalement dans les affections convulsives qui porteot leur action sur l'appareil respiratoire. — Quand elle est permanente, elle annonce d'ordinaire un obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons et à l'ampliation complète et régulière de la poitrine ; elle peut alors être attribuée à la présence de tubercules dans le parencbyme pulmonaire, avec ou sans adhérences pleurales. — D'une manière absolue, la respiration saccadée est un phénomène très rare ; et elle est rare aussi, comparativement aux antres phénomènes stéthoscopiques. — Dans les cas où elle existe (le nombre en est fort restreint), elle peut être regardée comme un signe de la phthisie pulmonaire ; mais comme elle ne se montre pas plus souvent à la première période de l'affection tuberculeuse qu'à un degré plus avancé, elle ne saurait indiquer la maladie à son début ; et, aux autres périodes, elle ne caractérise la tuberculisation ni mieux, ni même aussi bien que les autres signes physiques ou les symptômes généraux concomitants. D'où cette conclusion finale : la valeur

séméiotique de la respiration saccadée est médiocre chez les adultes et presque nulle chez les enfants.

18° Recherches cliniques sur quelques nouveaux signes fournis par la percussion et sur le son tympaniques dans les épanchements liquides de la Plèvre. (*Arch. gén. de méd.* — Juillet 1852. 42 p.)

L'exposé des recherches de Skoda sur le son tympanique dans les épanchements liquides de la plèvre et dans quelques autres maladies du poumon n'est pas seulement une traduction ou une compilation. Pour retrouver les doctrines et les faits de Skoda, lesquels ne sont point consignés avec un suffisant développement dans son Traité d'auscultation et de percussion, pour les comprendre et les faire concevoir, il nous a fallu nous livrer à de nombreuses expérimentations cliniques. Pour expliquer le mode de production du son tympanique dans certaines pleurésies, nous avons dû répéter les expériences cadavériques et cliniques du professeur de Vienne.

Ce travail a pour base 51 observations de pleurésie, dans lesquelles nous avons constaté un son tympanique ou du moins une résonnance toute particulière du côté de l'épanchement dans la région sous-claviculaire, et ce phénomène peut désormais être rangé parmi les signes physiques de certains épanchements de la plèvre. — Nous avons signalé, en outre, quelques faits alors peu connus de percussion, tels que l'existence d'un son tympanique dans certaines pneumonies, surtout dans la bronchio-pneumonie des enfants; la diminution de sonorité des parois thoraciques ou abdominales dans l'état de tension, etc.

19° De l'emphysème généralisé chez les enfants. — (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 2e série, p. 32).

Ce mémoire est, avec celui qu'a publié simultanément M. Natalis Guillot, le seul qui renferme un assez grand nombre d'exemples d'emphysème généralisé survenu à la suite d'affections aiguës des voies respiratoires, et reconnaissant pour cause un emphysème du poumon vésiculaire et sous-pleural, lequel amène, par continuité, un épanchement gazeux dans le tissu cellulaire du médiastin, et finalement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les observations consignées dans ce travail sont au nombre de sept (plusieurs appartiennent à M. Blache).

20° Deux observations d'emphysème généralisé. — (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, t. IV, p. 551.)

21° Deuxième mémoire sur l'emphysème généralisé (*pulmonaire, médiastin, sous-cutané*). — Lu à l'Académie de médecine en mars 1862.

Dans des cas très rares, chez des malades, surtout des enfants, atteints d'une affection aiguë des voies respiratoires, on voit se développer soudainement, sur les côtés du

cou, une tumeur molle, avec crépitation caractéristique, tumeur circonscrite qui s'étend bientôt, en tous sens, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans ces cas extraordinaires, il existe un *emphysème à siége triple*, c'est-à-dire occupant à la fois le poumon où il commence, le tissu cellulaire du médiastin qu'il traverse, et le tissu cellulaire extérieur où il arrive finalement pour s'étendre plus ou moins loin sous la peau : cet état pathologique complexe, rarement rencontré et peu connu des praticiens (Voy. les mémoires de MM. Ménière, 1829, Natalis Guillot, 1853, et Ozanam, 1856), je l'ai décrit sous le nom d'*emphysème généralisé*, et j'ai tracé cette description d'après 19 observations dont 9 ont été recueillies et publiées par moi de concert avec M. Blache, et les 10 autres empruntées à différents auteurs : ce sont à peu près les seuls qui existent dans la science.

Étiologie. — *L'emphysème généralisé*, exceptionnel dans la vieillesse, très rare dans l'âge adulte, est relativement beaucoup plus fréquent dans l'enfance et surtout dans les premières années (sur 19 emphysémateux, 15 étaient âgés de moins de quatre ans). — La fréquence relative de l'emphysème médiastin et sous-cutané dépend de la fréquence même des affections des organes respiratoires, qui, par suite de la violence de la toux, produisent chez les jeunes sujets de *l'emphysème pulmonaire aigu*. Dans près de la moitié des cas, la maladie primitive qui a précédé l'emphysème généralisé est la coqueluche.

Anatomie pathologique ; *origine de l'infiltration gazeuse.* — Dans l'emphysème à siége multiple il n'y a point production spontanée d'un gaz par exhalation ou par fermentation morbide, comme dans certaines affections gangréneuses, charbonneuses.

Le gaz infiltré dans le tissu cellulaire de la peau (et celui qui est épanché dans les médiastins) est l'air de la respiration, sorti de ses voies par rupture des conduits aériens ou déchirure du parenchyme pulmonaire. — L'autopsie démontre l'existence simultanée de l'emphysème dans le poumon avec toutes ses variétés (vésiculaire, interlobulaire et interlobaire), dans les médiastins (criblés de vésicules, d'ampoules aériennes, et semblables au tissu cellulaire insufflé des animaux de boucherie), dans le tissu conjonctif de la périphérie des corps. — Voici la filiation des altérations cadavériques : le fluide élastique épanché sous la peau, c'est l'air du médiastin, c'est l'air du poumon qui, pour arriver au dehors, a suivi la voie insolite que lui a faite la maladie, se propageant du tissu cellulaire intra-thoracique au tissu cellulaire extra-thoracique, au moyen de la continuité anatomique de ce tissu. — *L'emphysème médiastin* provient soit du passage direct de l'air de la respiration à travers le tube laryngo-trachéal, soit de l'extension de l'emphysème pulmonaire. — Qu'un poumon soit très emphysémateux, qu'il présente à sa surface, près de sa racine, des ampoules sous-pleurales, et dans son intérieur des cavités aériennes, l'emphysème médiastin pourra se produire de deux façons : 1° la masse d'air sous-pleural, poussée par de nouvelles quantités de fluide élastique échappées des bronches pendant de violents efforts de respiration, décolle la plèvre sans la rompre, et chemine jusqu'au point de réflexion de celle-ci ; cette masse d'air manquant alors de parois qui l'emprisonnent, s'épanche dans le tissu cellulaire du médiastin. 2° Une ampoule profonde se rompant, l'air passe du tissu inter-vésiculaire dans la gaîne celluleuse des bronches et des vaisseaux sanguins, puis chemine le long de ces canaux jusqu'à la racine du poumon,

point où il pénètre dans le médiastin et s'y infiltre. — Cette migration de l'air infiltré, du poumon au médiastin, et du médiastin au tissu cellulaire externe, se fait pendant les accès de dyspnée suffocante de la pneumonie double, pendant les secousses convulsives de la toux de la coqueluche, par un mécanisme comparable à celui de l'effort : par une contraction violente du système musculaire respiratoire, l'air comprimé entre les ampoules terminales des bronches et la glotte fermée, finit par s'échapper en déchirant les parties les moins résistantes, c'est-à-dire le parenchyme pulmonaire altéré dans sa consistance par la maladie primitive.

Séméiotique : — Généralement au summum d'une affection très aiguë des voies respiratoires, sans symptômes particuliers prodromiques ou concomitants, l'emphysème interne devient tout à coup externe : le premier signe de cette complication est une tumeur située au bas du cou, sous la mâchoire, et même à la joue, tumeur molle et donnant sous le doigt, ainsi qu'à l'oreille, une crépitation pathognomonique, et, chez quelques sujets, augmentant par la toux et par les cris. — En quelques heures, l'emphysème augmente dans tous les sens; il gonfle et défigure les petits malades comme l'anasarque : d'ordinaire, leur état général s'aggrave simultanément.

Le pronostic est excessivement sérieux, puisque l'emphysème généralisé se termine par la mort dans la très grande majorité des cas (15 fois sur 19). — Cette *mort* est *très rapide* (elle survient en un ou deux jours, en quelques heures, et même en quelques minutes) : la vie se prolonge rarement au delà de quelques jours. D'ailleurs, c'est moins de la généralisation de l'emphysème que de la gravité de l'affection antécédente que dépend la sévérité du pronostic. — Si cette affection primitive est curable, l'emphysème externe, et probablement aussi l'interne guérissent, l'air infiltré dans le tissu cellulaire extérieur étant résorbé dans un temps qui a varié de neuf à vingt et un jours.

Traitement. — Une dyspnée intense avec suffocation; une toux violente répétée avec saccades convulsives; des cris immodérés, des mouvements excessifs, en un mot l'*effort* étant la cause déterminante et effective de l'emphysème généralisé, la première indication est de calmer ce tumulte et d'amortir cet effort, de manière que la déchirure pulmonaire n'augmente plus et que de nouvelles quantités d'air ne soient point poussées de l'intérieur du thorax dans le tissu cellulaire externe : l'administration de la digitale à haute dose et de l'opium (comme on l'a conseillé dans les perforations intestinales), en diminuant la violence des battements cardiaques et des mouvements respirateurs, répond à cette indication. — Quant à la résorption de l'air infiltré, ce sont les forces naturelles de l'organisme qui sauront l'opérer ; par des frictions stimulantes pratiquées sur les parties infiltrées, peut-être hâterait on ce travail salutaire; et même, dans les cas où l'emphysème extérieur, par ses progrès considérables, semble augmenter notablement la dyspnée et l'état anxieux du malade, il y aurait lieu, au moyen de ponctions multiples avec un trois-quarts capillaire de frayer au gaz infiltré une voie artificielle.

22° Considérations sur le diagnostic et le traitement des hydatides du poumon et de la plèvre chez les enfants. — (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, t. V.)

On ne trouve dans l'ouvrage de M. Davaine, qui contient tous les faits d'hydatides de

la poitrine publiés antérieurement, que trois cas d'hydatides du poumon et de la plèvre chez des jeunes sujets. — Nous en rapportons deux exemples dont l'un fut mortel et l'autre suivi de guérison. — Diagnostic des kystes multiples ou multiloculaires; — signes physiques différentiels des hydatides et des épanchements pleurétiques. — Traitement dans le cas d'évacuation spontanée des acéphalocystes par les bronches.

Maladies de l'appareil circulatoire.

23° OBSERVATION DE CYANOSE ET CONSIDÉRATIONS SUR CETTE MALADIE. — (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux,* 1re série, p. 366.)

Du fait précité, et de plusieurs autres que j'ai eu l'occasion d'étudier tout récemment encore, je crois pouvoir conclure que, dans les cas de communication assez large entre les deux cœurs, on perçoit un souffle cardiaque produit à l'orifice anomal, et dépendant du frottement du sang. Ce souffle, perçu d'ordinaire dans une grande étendue, a pourtant un point maximum; et quand ce point maximum est vers la base du cœur, au niveau de la partie supérieure de la cloison interventiculaire, il est permis d'en inférer que la cyanose dépend d'une communication des deux ventricules par inocclusion de leur paroi intermédiaire. Le diagnostic repose ici principalement sur la détermination du siége précis du souffle. — De même, il y a plus de vingt-cinq ans, nous étions des premiers à déterminer la valeur séméiotique des souffles cardiaques d'après leur siége, et à conclure à l'existence d'une altération de l'orifice aortique ou mitral, suivant que le bruit anomal était perçu avec un maximum d'intensité à la base ou à la pointe du cœur.

24° DE LA PERCUSSION ET DE L'AUSCULTATION COMBINÉES. — (*Union médicale*, 1850, p. 294.)

Après avoir étudié cliniquement la méthode mixte d'auscultation et de percussion de MM. Cammann et Clark, je fais connaître cette méthode qui permet, après un certain temps d'exercice, une mensuration très exacte du cœur, mais qui, pour le diagnostic des maladies de la respiration, vaut moins que l'auscultation et la percussion pratiquées successivement.

Maladies de l'abdomen.

25° DE L'HÉMORRHAGIE OMBILICALE APRÈS LA CHUTE DU CORDON. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 2e série, p. 4.)

Un fait d'hémorrhagie ombilicale nous a fourni l'occasion d'étudier comparativement 7 observations analogues consignées dans les annales de la science: ce fait prouve la réalité d'une cause d'hémorrhagie non signalée par les auteurs, à savoir l'artérite ombilicale.

Anatomie pathologique et tératologie.

26° Observation d'un cas de monstruosité *consistant en une main-bot du genre radio-palmaire.*

Pièce d'anatomie pathologique présentée à la Société médicale des hôpitaux, avec réflexions. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1re série, p. 201). — Description anatomique par MM. Gosselin et Houel.

27° Cas de monstruosité pouvant être rapprochée des lésions congénitales décrites sous le nom d'amputations spontanées dans l'utérus.

Pièce d'anatomie pathologique présentée à la Société des hôpitaux, avec réflexions. — (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1852, 1re série, p. 285.)

28° Mémoire sur les ulcérations de la trachée-artère consécutives a l'opération de la trachéotomie. — (*Arch. génér. de méd.*, 1859, p. 54.) — Lu à l'Académie impériale de médecine.

Parmi les accidents consécutifs à la trachéotomie pour le croup, il en est un, signalé déjà, mais qui n'a pas été étudié : l'ulcération de la trachée-artère par la canule.

L'ulcère trachéal est une lésion assez fréquente, surtout dans certaines épidémies de croup, puisque nous avons pu, à l'hôpital des Enfants, en recueillir 13 observations en moins de trois mois, sur un nombre de 63 jeunes sujets trachéotomisés dans le premier trimestre de 1859. — Il peut y avoir érosion, ulcération, et même perforation complète de la trachée (4 fois sur 20). — L'ulcération trachéale, siége presque toujours à la paroi antérieure du conduit aérifère, au niveau du bord inférieur de la portion verticale de la canule, et elle est produite par le frottement qu'exerce ce bord dans les mouvements de respiration et de déglutition. — Les altérations anatomiques coïncidentes sont, par ordre de fréquence, l'ulcération ou la diphthérite de la plaie du cou, la broncho-pneumonie double, la trachéite et la bronchite, la suppuration du tissu cellulaire ambiant, et les ulcérations spontanées multiples du conduit aérien.

Les symptômes qui peuvent faire supposer l'existence d'une ulcération trachéale sont le mauvais état de la plaie extérieure, une coloration noire de la canule, surtout à sa partie inférieure, etc. — La cause déterminante est l'action traumatique de la canule, action parfois si rapide que l'ulcération de la membrane muqueuse, des cartilages et même la perforation complète de la trachée-artère peuvent avoir lieu en 40, 38 et même 36 heures. — Les causes prédisposantes sont l'âge peu avancé des malades; l'état aigu de phlegmasie de la membrane muqueuse des voies respiratoires es ulcérations de la trachée sont aussi fréquentes à la suite de la trachéotomie pratiquée pour le croup, qu'elles sont rares consécutivement à cette opération dans les affections chroniques du larynx); le degré variable de l'intoxication diphthéritique;

la nature particulière de l'épidémie de diphthérite (nous avons vu, dans les trois premiers mois seulement de 1859, trois fois plus d'ulcérations trachéales que pendant toute l'année 1858). — Le pronostic est assez sérieux : s'il est probable que, dans un petit nombre de cas, les ulcérations trachéales se cicatrisent, il est certain qu'elles aggravent le plus souvent la position de l'opéré, par la fièvre, la suppuration et les accidents de voisinage, surtout s'il y a perforation du conduit aérien ; — le traitement essentiellement préventif, devra consister à éviter, par l'emploi d'une canule peu volumineuse et légèrement oblique en arrière, la compression de la membrane muqueuse trachéale, et à s'opposer par l'emploi d'une canule mobile dont le corps se meut comme la trachée-artère elle-même, aux frottements exercés contre la paroi interne du conduit. La *canule mobile* de M. Luer est celle qui nous a paru jusqu'ici remplir le mieux cette indication.

29° Deuxième mémoire sur les ulcérations de la trachée-artère, consécutives a la trachéotomie et sur leur traitement préventif. (*Bull. de la Soc. méd.* t. IV, p. 424.)

Dans ce second travail, j'analyse, au point de vue du traitement préservatif, 62 observations comprenant tous les cas de croup avec trachéotomie qui se sont présentés à l'hôpital des enfants pendant 7 mois, du 1er avril aux derniers jours d'octobre 1859. — Cette analyse démontre que les canules mobiles, à pression et frottement plus doux, sont préférables à l'ancien instrument, rigide et inflexible, et que la substitution de ces canules a diminué quelque peu la fréquence des ulcérations de la trachée-artère, et beaucoup la gravité de ces lésions. — Depuis la publication de nos recherches sur l'ulcère trachéal, les canules mobiles ont été adoptées par tous les médecins de l'hôpital des enfants.

Les observations nouvelles prouvent encore les bons effets d'une pratique assez généralement usitée à l'hôpital des enfants, qui consiste à laisser en place la canule le moins longtemps possible, et d'en essayer l'enlèvement momentané dès les premiers jours qui suivent l'opération, afin de soulager la trachée d'une pression toujours dangereuse et afin de juger plus sûrement du moment opportun pour l'enlèvement définitif.

En résumé, si la substitution de la canule mobile à la canule fixe n'est pas un moyen assuré de prévenir les ulcérations de la trachée-artère, c'est, du moins, quant à présent, le meilleur ; et conséquemment l'emploi de ces canules contribuera à diminuer les dangers consécutifs de la trachéotomie.

30° Observations de chorée traitée par l'émétique a haute dose. — (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, t. IV, p. 40.)

Analyse avec réflexions, de douze observations dans lesquelles le tartre stibié administré à haute dose dans la chorée (méthode de Laënnec remise en honneur par MM. Bouley et Gillette), a paru donner des résultats avantageux.

31° Note sur l'occlusion et l'ossification des fontanelles. — (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, t. IV, p. 385.)

Les anatomistes et les accoucheurs le plus justement célèbres ont émis des assertions contradictoires relativement à l'époque précise où se ferment les fontanelles; de l'examen clinique de **300** enfants, je conclus, dans cette note, que la période d'ossification des fontanelles est comprise entre l'âge de quinze mois où cette ossification est très rare, et l'âge de trois ans et demi où je l'ai toujours rencontrée. Entre ces deux extrêmes, on voit que c'est, le plus habituellement, de deux à trois ans que, dans l'état normal, l'occlusion de la fontanelle antérieure est effectuée.

La connaissance de l'époque de la vie où l'ossification des fontanelles est accomplie, n'est pas seulement un petit détail anatomique; elle peut présenter un certain degré d'utilité pratique au point de vue de la médecine légale et de la pathologie.

Deux maladies de l'enfance retardent l'occlusion des fontanelles, ou y apportent un obstacle absolu : ce sont le rachitisme et l'hydrocéphalie. — La non-occlusion des fontanelles, à un âge où elles devraient être fermées, peut être une des premières manifestations du rachitisme et faire prévoir ainsi l'imminence de cette affection, de même qu'ultérieurement, en s'ajoutant aux autres symptômes, elle devient un élément de diagnostic plus positif. — La persistance de ces ouvertures, leur étendue et surtout leur agrandissement à un âge où elles devraient avoir disparu, seraient également un signe certain d'hydrocéphalie. — Inversement, leur occlusion trop tardive, à une époque où d'ordinaire les sutures ne doivent pas être soudées, où les fontanelles doivent persister, où le cerveau se développe activement et où l'intelligence commence à naître, cette occlusion peut faire redouter la compression du cerveau, et l'étouffement pour ainsi dire de l'intelligence par une boite osseuse inextensible, c'est-à-dire la microcéphalie et l'idiotie. — La détermination aussi rigoureuse qu'il est possible, de la disparition des fontanelles, pourra servir, en médecine légale, à établir approximativement l'âge d'un enfant, ou à résoudre des questions d'identité.

32° Du pouls chez les nouveau-nés. — (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 2e série, p. 675.)

Dans un rapport sur un travail de M. Seux, de Marseille, j'ajoute aux faits signalés par cet observateur les résultats d'un grand nombre d'expériences.

La moyenne physiologique des pulsations radiales peut être fixée à **102** (70 pour minimum et 140 pour maximum). — Avec des minima et des maxima si dissemblables, l'appréciation de la chaleur morbide par la main ou par le thermomètre est indispensable pour juger de l'état fébrile chez les nouveau-nés. — L'abaissement tant soit peu durable du pouls au-dessous de **70**, doit faire craindre chez les nouveau-nés une affection cérébrale et surtout une méningite. — Tandis que, chez l'adulte, la vie est le plus souvent compromise avec un chiffre de pulsations qui dépasse **150** pendant plusieurs jours, le pouls chez les très jeunes enfants malades peut s'élever et rester quelque temps à **160**, **170** et parfois même à **180**, et pourtant la guérison être encore possible.

33° Note sur l'influence du retour des menstrues sur le lait des nourrices et la santé des enfants. — (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 2e série, p. 53.)

Une longue observation à la Direction des Nourrices m'a appris que, chez la plupart des nourrices, le retour de la menstruation s'effectue ordinairement vers le dixième mois, comme l'a démontré M. Vernois dans un travail spécial, et que l'influence fâcheuse de ce retour sur les qualités du lait et la santé des enfants a été très exagérée. — Cette influence est pourtant réelle, dans un nombre de cas restreint ; elle porte alors sur la quantité du lait qu'elle diminue si l'écoulement de sang est abondant ou prolongé, et sur la qualité (le microscope faisant découvrir un excès dans le nombre et le volume des globules, excès en rapport avec l'augmentation du caséum et du beurre constatée par MM. Becquerel et Vernois).

34° Articles du dictionnaire de médecine en 30 volumes.

J'ai été admis par mes maîtres vénérés et affectionnés, MM. Guersant et Blache, à concourir à la rédaction de plusieurs des articles consignés dans ce recueil scientifique ; cette collaboration a été pour moi un honneur dont je fus et serai toujours reconnaissant.

Les articles à la composition desquels j'ai participé, sont les suivants :

Dysenterie. — Hydrocéphale aiguë. — Maladies du larynx. — Œdème de la glotte. — Asthme thymique. — Muguet. — Pœdiatrie. — Péritonite. — Roséole. — Rougeole. — Scarlatine. — Variole. — Varicelle.

Après l'énumération de mes travaux, me sera-t-il permis d'ajouter comme un titre à la bienveillance des juges dont je sollicite le suffrage, que, depuis 1848, c'est-à-dire pendant plus de treize ans, j'ai rédigé des articles de Revue scientifique, et que constamment je me suis efforcé de vulgariser la science sans l'abaisser, m'attachant surtout, dans ces articles, aux choses médicales, aux faits nouveaux et importants qui émanaient de l'Académie impériale de médecine.

Paris. — Imp. Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.